DU TRAITEMENT

DES

N° 73

ADÉNITES INGUINALES

INFLAMMATOIRES

PAR L'EXTIRPATION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juin 1909

ACAD. LUGDUNE BIBL.

PAR

Georges DUGAS

Né à Marseille, le 31 janvier 1884

Ancien externe des Hôpitaux de Marseille (Concours 1903)

Ancien interne des Hôpitaux de Marseille, de la Clinique obstétricale et de la Maternité de Marseille (Concours 1905)

Ancien aide d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine (Concours 1907)

Premier lauréat de l'Ecole de médecine de Marseille (Concours 1905)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✲).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✲).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (✲).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la thèse :

MM. ESTOR, *président.*	MM. JEANBRAU, *agrégé.*
FORGUE, *professeur.*	RICHE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

G. DUGAS.

A MES MAÎTRES

DE L'ECOLE DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE MARSEILLE

A MESSIEURS LES DOCTEURS

COMBALAT	Externat 1904.
TREILLE, GUENDE, PERRIN	Externat 1905. Internat 1908.
PAGLIANO	Externat 1905. Internat 1906.
ROUX DE BRIGNOLES	Internat 1906.
BOINET	Internat 1907.
IMBERT	Externat 1904. Internat 1907 et 1909.
DELANGLADE	Internat 1908.
MELCHIOR, ROBERT	— 1909.
QUEIREL, PLATON	— —

A MES CAMARADES DES HOPITAUX ET DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

G. DUGAS.

A MONSIEUR LE DOCTEUR IMBERT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE

G. DUGAS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

G. DUGAS.

Avant de quitter la vie d'étudiant il nous est agréable de remercier tous ceux qui nous ont témoigné de l'intérêt durant le cours de nos études.

M. le docteur Reynès nous a conseillé la carrière médicale et nous a sans cesse manifesté sa sympathie.

MM. les docteurs Olmer et Silhol nous ont préparé au concours de l'internat et leur sollicitude envers nous a été constante. Nous leur exprimons notre vive reconnaissance.

Nous présentons nos sentiments de gratitude à nos maîtres des hôpitaux et de l'École de médecine, à MM. les docteurs: Combalat, Imbert, Treille, Guende, Perrin, Pagliano, Roux de Brignoles, Boinet, Delanglade, Louge, Pluyette, Melchior-Robert, Queirel, Platon, Beynet Riss, Cremieu, Cousin, Livon, Magon, Alezais, Aubert, Acquaviva, Pieri, Poucel, Pons, Billon, Cassoute.

Nous adressons un souvenir ému à nos amis que la

destinée a éloignés de nous : MM. les docteurs Peaudeleu, Diacono, Fournier, Tron.

Nous remercions nos camarades des Hôpitaux et de l'École de médecine de l'affection qu'ils nous ont toujours témoignée.

M. le professeur Estor a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous lui adressons l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

DU TRAITEMENT

DES

ADENITES INGUINALES

INFLAMMATOIRES

PAR L'EXTIRPATION

INTRODUCTION

Dans notre travail nous aurons en vue seulement le traitement des adénites inguinales inflammatoires, nous laisserons entièrement de côté les adénites vénériennes, syphilitiques ou chancrelleuses, qui intéressent plutôt le spécialiste, et les adénites tuberculeuses dont l'extirpation a de nos jours la valeur d'une chose jugée. Nous nous occuperons seulement de l'anédite inflammatoire que nous voyons évoluer si souvent dans les hôpitaux de Marseille.

Comme il sera facile de le constater en lisant les obser-

vations que nous avons rassemblées, les marins en sont fréquemment atteints. A la suite d'une excoriation banale des membres inférieurs, des organes génitaux, des fesses chez les cavaliers, comme le signale M. Batut, bien souvent sans cause apparente ; d'autres fois, bien longtemps après la cicatrisation de la porte d'entrée, on voit se développer une adénite inguinale.

Lorsque le malade entre à l'hôpital, il a d'ordinaire son adénite depuis plusieurs semaines, parfois depuis plusieurs mois, car ces adénites simples, inflammatoires, ont une évolution lente, nous ne saurions trop le répéter. La tuméfaction ganglionnaire augmente peu à peu de volume. La peau, d'abord normale, devient rouge, puis violacée. Elle contracte des adhérences avec la tuméfaction sous-jacente. Le ganglion enflammé, d'abord unique et roulant sous le doigt, devient plus difficile à délimiter par suite de l'empâtement des tissus périphériques. Les ganglions voisins se prennent les uns après les autres, s'engorgent, deviennent douloureux. La tuméfaction devient de plus en plus volumineuse et diffuse. Elle se ramollit et finit par s'ouvrir à l'extérieur si l'on n'intervient pas. Ces adénites inflammatoires évoluent très lentement et mettent parfois plusieurs mois pour arriver à la suppuration. Cette évolution clinique est la conséquence de l'évolution anatomique.

En effet, comme nous avons pu le constater bien souvent sur les adénites extirpées par M. le professeur Imbert, le pus ne se collecte que très tard ; au début on ne trouve dans le ganglion que quelques gouttes de pus en des points assez distants les uns des autres. Ces gouttes de pus vont, par leur accroissement progressif, donner naissance à des foyers de suppuration multiples, nettement isolés les uns des autres, qui évolueront sépa-

rément et successivement ou n'arriveront que très tard à former une collection unique. D'autre part ce processus ne se limitera pas à un seul ganglion ; il envahira successivement les ganglions voisins. Nous insisterons sur ce fait que, dans tous les cas, la suppuration précède de longtemps l'apparition de la fluctuation à l'examen clinique. En effet, ces petits foyers suppurés multiples sont inclus dans le tissu ganglionnaire. On ne percevra la fluctuation que bien plus tard, lorsque le pus aura envahi presque toute la glande, menaçant de rompre la coque ganglionnaire et même de s'ouvrir à l'extérieur.

L'incision simple est-elle suffisante pour arrêter cete évolution. Nous ne le pensons pas. Bien souvent, en effet, malgré l'incision large avec drainage du point fluctuant, nous avons vu de nouveaux foyers de suppuration se former les uns après les autres à la région inguinale, soit dans le même ganglion, soit dans les ganglions voisins, d'où la nécessité de nouvelles interventions. L'incision, en effet, réussit à évacuer une collection purulente, mais il est impossible d'inciser tous ces petits abcès disséminés dans l'intérieur des ganglions, et ne décelant pas leur présence par la fluctuation. D'autres fois, les ouvertures successives se font spontanément. C'est dans ces adénites inflammatoires que l'extirpation est véritablement indiquée. Elle évitera cet envahissement successif des ganglions par la suppuration et abrègera considérablement la durée de la maladie.

Interne dans son service, nous avons eu l'honneur d'assister M. le professeur Imbert dans de nombreuses énucléations faites pour adénites banales inflammatoires. Nous avons été frappé des excellents résultats obtenus et dans ce modeste travail nous essaierons de montrer les avantages que présente à notre avis l'ablation des adé-

nites inguinales inflammatoires et de faire ressortir les indications de l'intervention.

Avant d'exposer notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser à M. le professeur Imbert l'expression de notre vive reconnaissance. Il a bien voulu nous inspirer l'idée de cette thèse et nous diriger dans sa rédaction. Nous le remercions sincèrement de la sympathie qu'il nous a toujours témoignée, des conseils judicieux qu'il n'a cessé de nous prodiguer et des documents qu'il nous a fournis.

Nous remercions aussi M. Batut, médecin-major de première classe à l'Hôpital militaire, qui a bien voulu nous communiquer ses observations et ses statistiques personnelles. Nous remercions également nos maîtres des Hôpitaux de Paris qui nous ont fait l'honneur de nous donner leur opinion sur notre travail : MM. les docteurs Tuffier, Schwartz, Mauclaire, Chaput, Fredet, Paul Regnier, Routier, Arrou.

RAPPEL ANATOMIQUE

Les ganglions inguinaux se distinguent en superficiels et profonds. Les ganglions inguinaux superficiels, au nombre de 12 à 20, sont situés dans l'épaisseur de la couche profonde du *fascia superficialis* qui recouvre le triangle de Scarpa. Leur volume est assez variable, ces ganglions étant bien souvent hypertrophiés du fait des infections auxquelles ils sont exposés, infections de causes générales (tuberculose, syphilis, cancer) ou de causes locales (lésion banale du membre inférieur, du périnée, du scrotum, de la verge, du capuchon clitoridien, de l'anus et des régions d'où partent les lymphatiques afférents des ganglions de l'aine). Notons l'existence fréquente de petits ganglions aberrants, ganglions de Ausspitz, au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Les ganglions inguinaux profonds, au nombre de 1 à 3, sous-aponévrotiques, s'étagent en dedans de la veine fémorale. Le plus inférieur est placé au-dessous de la crosse de la saphène qui est à cheval sur lui ; le second est logé dans le canal crural ; quant au ganglion supérieur,

il occupe la partie externe de l'anneau crural et fait saillie dans la cavité pelvienne ; c'est le ganglion de Cloquet pour les Français, de Rosenmüller pour les Allemands. Au-dessus de l'arcade crurale et de l'anneau crural, nous trouvons les ganglions iliaques externes qui, d'après leurs rapports avec les vaisseaux iliaques externes, forment trois chaînes externe, moyenne et interne.

Nous avons donc à la région inguinale deux plans bien distincts : le plan superficiel et le plan profond séparés par l'aponévrose. Le plan superficiel ne nous présente guère que la saphène comme vaisseau important, les artères et veines circonflexe, iliaque, sous-cutanées, abdominales et honteuses externes n'offrant au chirurgien qu'un médiocre intérêt.

Quant au plan profond, le rapport des ganglions avec la veine fémorale est très important à connaître. Notons que les vaisseaux fémoraux, jusqu'au niveau de la crosse de la saphène, sont séparés des ganglions profonds par leur propre gaîne ; mais que depuis la crosse de la saphène jusqu'à l'anneau crural la veine est en contact direct avec les ganglions inguinaux profonds supérieurs. D'où le danger plus grand de léser la veine fémorale à la partie supérieure, au-dessus de la crosse de la saphène.

INDICATIONS

On a fait à l'extirpation des adénites inguinales inflammatoires de nombreux reproches. On a surtout insisté sur ce fait qu'elle était inutile, qu'elle présentait de graves dangers et donnait des résultats défectueux :

1° Dans l'adénite inguinale suppurée simple, prétendent les adversaires de l'intervention radicale, l'exérèse des ganglions atteints n'abrège pas la durée de la maladie et l'incision au bistouri avec drainage suffit.

2° Au point de vue des résultats définitifs, l'extirpation a été accusée de laisser des cicatrices vicieuses difformes, étant parfois une cause de gêne et demeurant toujours l'indice d'une tare de l'organisme.

On a observé, d'autre part, à la suite d'extirpations ganglionnaires de l'aine des fistules lymphatiques, des œdèmes éléphantiasiques des organes génitaux externes et du membre inférieur, et ce sont encore là des arguments contre cette intervertion.

3° Enfin, certains prétendent que l'opération est difficile et présente de graves dangers :

a) Tout d'abord l'extirpation est, dit-on, très difficile

lorsque les ganglions atteints sont nombreux et éloignés les uns des autres. Elle nécessite alors des délabrements parfois considérables ;

b) L'extirpation est absolument impossible lorsque la suppuration est trop étendue ;

c) Enfin, danger plus grave, les ganglions contractent parfois avec les vaisseaux cruraux des adhérences telles que le chirurgien est obligé de renoncer à poursuivre l'intervention, sous peine de provoquer une hémorragie parfois foudroyante.

Nous allons essayer de combattre ces arguments et de faire valoir les avantages que présente l'extirpation des adénites inguinales inflammatoires.

Tout d'abord il nous semble que l'intervention est loin d'être inutile et que l'incision simple avec drainage ne peut la suppléer.

L'anatomie pathologique nous apprend, en effet, que la suppuration des ganglions inguinaux est précoce, antérieure à toute fluctuation, et qu'elle forme à l'intérieur de ces ganglions de nombreux petits foyers qu'il est matériellement impossible d'inciser tous, car ils apparaissent successivement.

Combien de fois avons-nous vu des adénites inguinales de cause banale traîner durant plusieurs mois. Au début un seul ganglion paraît atteint. Il est mobile et roule sous le doigt. On ne constate pas de fluctuation ; on se contente de faire de la révulsion (teinture d'iode, frictions mercurielles, Vigo, etc.). Aucune amélioration ne se manifeste. La tuméfaction augmente de volume, devient plus douloureuse, plus difficile à mobiliser et à délimiter, car il se forme de la périadénite. Le processus s'étend aux ganglions voisins. La tumeur prend un caractère empâté, diffus, mais n'est pas encore ramollie. Cependant elle

contient sûrement du pus, sous forme de petits foyers inclus dans le tissu ganglionnaire. La fluctuation n'apparaît que plus tard, parfois au bout de plusieurs semaines et même de plusieurs mois.

Admettons que l'on incise alors le point fluctuant : on évacuera une collection purulente et la plaie évoluera vers la guérison, à moins toutefois qu'elle ne devienne fistuleuse, ce qui est assez fréquent.

Mais ce n'est pas le seul inconvénient. D'autres points ramollis vont apparaître successivement à la région inguinale ; tous les foyers intra-ganglionnaires vont suivre la même évolution et donner naissance à une succession d'abcès qu'il faudra inciser les uns après les autres.

Si l'on reste dans l'expectative, le pus s'ouvrira un chemin à l'extérieur, des fistules se formeront ; on pourra même voir la peau s'ulcérer et subir la dégénérescence épithéliomateuse, comme nous avons pu le constater dans un cas (Obs. XII) où le malade n'accepta l'extirpation que tardivement, alors que la peau était déjà profondément ulcérée ; d'où l'indication d'un traitement plus radical que l'incision simple : nous voulons parler de l'extirpation qui, en supprimant ces foyers purulents, évitera les récidives et l'extension du processus.

Les suites opératoires seront en général très satisfaisantes. C'est du moins l'impression que nous ont laissée les nombreuses extirpations de ganglions inguinaux pratiquées par M. le professeur Imbert. Même si l'on n'obtient pas la réunion par première intention, on aura toujours des cicatrices moins difformes qu'à la suite de curettages. Les fistules s'observeront bien moins souvent qu'avec l'incision simple et en tout cas guériront bien plus rapidement, la source du pus étant supprimée. Lejars en

a relaté 2 cas guéris en 20 à 25 jours. Quant aux accidents de stase lymphatique, œdème des organes génitaux externes et du membre inférieur, ils ne sont pas dus à l'intervention, car on les a observés également après des adénites qu'on n'avait point extirpées. Ces arguments ne sauraient donc faire repousser l'intervention radicale, pas plus que la crainte de blesser les vaisseaux voisins. La connaissance parfaite des rapports anatomiques, une technique raisonnée, une dissection prudente permettront au chirurgien de décoller les adhérences en respectant les vaisseaux.

L'énucléation ne présentera en général pas trop de difficulté, sauf dans certains cas très anciens où le pus, après avoir rompu la coque ganglionnaire, se sera répandu dans les tissus environnants. D'où l'indication de ne pas attendre une évolution semblable pour intervenir. On opèrera lorsque le bubon aura pris ce caractère diffus et adhérent qui indique, malgré l'absence de fluctuation, l'existence de la suppuration intra-ganglionnaire. D'ailleurs, la suppuration serait-elle plus avancée, la fluctuation plus nettement perceptible et la tuméfaction absolument immobile, l'énucléation serait tout aussi indiquée.

Certes il sera bien difficile alors de pratiquer l'extirpation sans répandre le pus dans la plaie. Mais ce n'est pas là un accident grave, et avec un bon drainage on obtiendra assez rapidement une réunion par seconde intention. Néanmoins il est préférable d'intervenir avant que l'évolution soit trop avancée, et « l'intervention radicale consistant dans l'énucléation précoce est la seule qui permette d'enrayer dans l'espace de 20 jours une maladie susceptible sans cela de durer longtemps. Elle est la seule qui mette le chirurgien à même d'obtenir la réunion par première intention. » (Lastaria : Sulla cura

delle adenite inguinali e su la possibilita dottenere la guarigione per pria intenzione. Gior. med. de Eteric et della marina. Rome 1894, n° 2, p. 129-157).

Néanmoins nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire d'énucléer un petit ganglion, non douloureux, tout au plus légèrement sensible à la palpation. On se contentera dans un cas semblable de prescrire le repos et des révulsifs. Teinture d'iode. Onguent napolitain belladoné. Vigo.

Il est bien évident qu'en présence d'une adénite ancienne de ganglions durs, non douloureux, ne présentant comme signe pathologique qu'un volume un peu exagéré, nous sommes partisan de l'expectative :

La sclérose a envahi le ganglion et l'on n'a plus à redouter l'extension du processus et de la suppuration. Enfin le chirurgien pourra renoncer à l'extirpation lorsque l'affection sera trop avancée; lorsqu'il se trouvera en présence d'un vaste adénophlegmon suppuré où le pus aura rompu la coque ganglionnaire et envahi les tissus périphérique. L'extirpation totale est alors devenue impossible et le curettage seul est indiqué.

Enfin il est bien entendu que l'on doit tenir compte de l'état général avant d'intervenir, et s'abstenir chez un mourant, un cancéreux, un tuberculeux cachectique ou un cardiaque en asytolie.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Divers procédés opératoires ont été utilisés pour extirper les ganglions inguinaux. M. Batut, qui a pratiqué nombre de fois cette intervention, commence par anesthésier la région à la cocaïne qu'il injecte suivant une ligne parallèle à l'arcade. Il incise ensuite la peau suivant la ligne d'anesthésie, puis, après avoir relevé la lèvre supérieure, il recherche en haut et en avant du grand oblique un plan de clivage. Il dissèque de haut en bas au doigt et aux ciseaux fermés. Il tâche de réunir par première intention, mais préfère le drainage avec un Mickulikz léger, si un ganglion suppuré a été crevé durant l'intervention. Bien qu'il n'ait jamais constaté de chancrellisation après avoir extirpé ainsi des bubons chancrelleux, M. Batut termine toujours en cautérisant la plaie opératoire au chlorure de zinc à 1/100. Lastaria, après avoir pratiqué l'énucléation, comble la cavité restante au moyen de plusieurs plans de suture, en prenant l'arcade de Fallope comme point d'appui des sutures.

Cette méthode convient en cas d'intégrité du tissu périglandulaire.

Watson recherche quelquefois la réunion par première intention. Il fait un lambeau à convexité inférieure et pratique l'ablation de tous les tissus mortifiés ou en voie de nécrose. Ce lambeau convexe permettrait de faire des sutures en des points sains. Il nous semble cependant que, si la peau est véritablement saine, il n'est pas nécessaire de faire un lambeau semblable. D'autre part, si la est malade, le lambeau risquera fort de se nécroser, en raison de l'extirpation des tissus sous-jacents.

Scaduto (de Palerme) incise la peau suivant une ligne parallèle à l'arcade crurale, allant d'un bout à l'autre de la tuméfaction pour s'arrêter en peau saine. Il dissèque avec le doigt le paquet ganglionnaire, pratique la torsion et la ligature des vaisseaux nourriciers du ou des ganglions, et, en présence de gros ganglions inguinaux-cruraux, la ligature de la saphène interne. La cavité ainsi formée est bourrée de gaze iodoformée que l'on change toutes les 24 heures ; 7 à 8 jours après, la plaie est recouverte de granulations de bonne nature, et l'on a quelques jours après une réunion par seconde intention.

Pousson a recherché la réunion par première intention et même, lorsqu'il n'a pu l'obtenir, il a remarqué que l'énucléation n'en donnait pas moins une guérison rapide. Il préconise l'extirpation très large dépassant la zone conjonctive infiltrée. A moins de lésions très étendues, il lui paraît toujours possible de suturer les bords de la brèche. Il insiste sur la nécessité d'extirper tous les ganglions et le tissu périganglionnaire.

Audry et Durand prétendent que l'incision verticale donne plus de jour, plus de facilités pour la suture et ultérieurement des cicatrices moins visibles (Audry et Durand : « De l'Extirpation des adénites suppurées de l'aine. » Gazette de médecine et de chirurgie, 1896).

Dans une clinique faite à la Pitié, en 1894, Lejars a préconisé l'incision parallèle à l'arcade. Si elle ne suffit pas, il conseille une seconde incision coupant l'arcade crurale en son milieu. Il recommande surtout de disséquer sans ouvrir la coque ganglionnaire et d'avancer de bas en haut et de dedans en dehors.

Gosset (Journal de chirurgie, février 1909) conseille aussi l'incision parallèle à l'arcade, mais préfère avancer de bas en haut et de dehors en dedans.

La technique suivante, fréquemment employée par M. le professeur Imbert, nous a paru donner d'excellents résultats :

1^er^ temps. — Incision de la peau parallèle à l'arcade crurale, traversant la tumeur et aboutissant au delà de ses limites. Il est souvent nécessaire de réséquer une portion de la peau sus-jacente pour ne pas ouvrir le ganglion adhérent à celle-ci. Dans ce cas, M. le professeur Imbert fait au niveau de la tuméfaction 2 incisions, l'une concave en haut, l'autre concave en bas, circonscrivant entre les deux incisions un lambeau ovale de peau qu'il enlève avec le ganglion.

2^e^ temps. — Ligature et section de la saphène et des vaisseaux sous-cutanés, honteux externes, circonflexes iliaques et sous-cutanés abdominaux.

3^e^ temps. — A l'aide du doigt et des ciseaux courbes à pointe mousse fermés, on isole la tumeur ganglionnaire des tissus périphériques. Cet isolement doit être pratiqué en tissu sain au delà de la zone de périadénite.

4e temps. — En exerçant des tractions sur la masse ganglionnaire, soit à l'aide d'une pince, soit avec les doigts, disséquer très prudemment les adhérences de la tumeur aux tissus sous-jacents, pinçant et liant, au fur et à mesure qu'on les rencontre, les pédicules vasculaires allant des ganglions aux vaisseaux fémoraux. La tumeur ainsi libérée s'énuclée assez facilement.

5e temps. — L'extirpation terminée, assécher soigneusement la plaie, suturer celle-ci à ses deux extrémités, laissant la partie moyenne ouverte pour le drainage. Faire un affrontement aussi parfait que possible et tâcher de supprimer les espaces morts où pourraient s'épancher le sang et la sérosité en appliquant au niveau du pansement un tampon de coton maintenu par un bandage compressif.

En somme, nous pensons que la toilette des ganglions de l'aine ne présente pas de difficultés insurmontables pour un chirurgien prudent et connaissant parfaitement sa région inguinale. Le danger est évidemment le voisinage des vaisseaux fémoraux.

Lejars nous apprend en effet qu'une triple disposition expose à l'ouverture de ces derniers :

1° Les ganglions peuvent passer au-dessous des vaisseaux et les encadrer dans une sorte de gouttière.

2° Dans la plupart des cas ils adhèrent à la gaîne fibreuse des vaisseaux.

3° Des collatérales courtes plongeant dans les gan-

glions peuvent se rétracter et figurer par leur lumière un véritable trou dans la paroi des gros vaisseaux. Néanmoins les lésions vasculaires sont assez rares au cours de l'intervention, et Maubrac n'en a trouvé dans la littérature chirurgicale que sept cas, d'ailleurs tous antérieurs à 1889. De nos jours, avec les progrès qu'a fait la technique chirurgicale, on est de moins en moins exposé à observer ces accidents.

M. le professeur Imbert a fait de nombreuses extirpations de ganglions inguinaux. Jamais il n'a ouvert la veine fémorale.

M. Batut, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire, n'a jamais eu cet accident à déplorer. M. Schwartz nous a écrit tout récemment qu'il n'avait jamais eu de graves accidents opératoires. MM. Routier, Thiéry, Fredet, pensent de même que l'intervention n'est pas très périlleuse, en agissant avec prudence et patience.

Cependant, si la veine venait à être lésée, on pourrait faire la ligature latérale comme l'a fait Pousson avec succès. En cas de section intéressant toute la circonférence, il nous semble plus sûr de faire la ligature des deux bouts dans la plaie que de suturer.

La circulation veineuse se rétablira par les anastomoses. Si parfois des gangrènes du membre inférieur ont été observées ultérieurement, ces accidents doivent, à notre avis, être imputés bien moins à la ligature qu'à la phlébite infectieuse devenue avec les progrès de l'antisepsie beaucoup moins redoutable aujourd'hui.

Le doigt et des instruments mousses, sonde cannelée, ciseaux courbes fermés, seront d'ailleurs pour le chirurgien des auxiliaires précieux lui permettant d'éviter à la fois l'hémorragie et l'ouverture de la coque ganglion-

naire. Ce dernier accident retarderait assurément de quelques jours la cicatrisation en empêchant la réunion *per primum* ; mais, comme le dit Pousson, « même avec une réunion par seconde intention la guérison sera toujours plus rapide que par les procédés anciens ».

SUITES OPÉRATOIRES

La réunion *per primum* est la suite habituelle de l'intervention lorsque le pus n'est pas répandu dans la plaie.

Comme il est facile de le constater par la lecture des observations qui suivent, M. le professeur Imbert l'a obtenue bien souvent.

Si la plaie est infectée soit par suite de l'ouverture du foyer purulent, soit par une autre cause, la suppuration peut se prolonger quelques jours.

Mais, dans la plupart des cas, elle ne persiste pas très longtemps.

Les malades traités ainsi, déclare Pousson, guérissent en 20 à 25 jours. Pour les malades dont nous avons publié les observations dans ce travail, la moyenne de la durée du traitement a été de 23 jours.

On a parfois noté un défaut de réunion sur certains point de la suture. C'est là un incident qui ne retarde que fort peu la réunion définitive.

On a observé aussi à la suite de l'intervention des fistules lymphatiques. Elles guérissent en général au bout de 15 à 20 jours.

Quant aux œdèmes éléphantiasiques des organes génitaux externes et du membre inférieur, nous ne les considèrerons pas comme des suites opératoires, car on a pu les observer dans certains cas où l'opération n'avait pas été pratiquée, M. Batut nous communique à ce sujet les résultats d'une statistique personnelle : Sur 27 opérés 15 ont été suivis pendant un an par M. le médecin-major Forget, du 4e tirailleurs ; jamais ils n'ont présenté d'œdème, même transitoire, et tous ont pu faire les manœuvres de Tunisie sans fatigue dans la marche.

Lorsque l'intervention a nécessité un trop grand délabrement, on a pu noter un peu de gêne dans la flexion de la cuisse sur le bassin, à cause des cicatrices. C'est d'ailleurs un inconvénient facile à éviter en pratiquant une incision cutanée parallèle à l'arcade crurale, méthode que nous avons toujours vu donner des cicatrices très satisfaisantes.

En somme, l'ablation des ganglions inguinaux est une opération radicale donnant une guérison rapide, et actuellement assez facile à pratiquer dans la plupart des cas. Nous pensons qu'elle est indiquée dans presque toutes les variétés d'adénites inflammatoires. La question peut d'ailleurs être discutée. Nous nous sommes permis à ce sujet de demander leur avis à plusieurs maîtres des hôpitaux de Paris.

MM. Tuffier, Paul Régnier, se déclarent nettement adversaires de l'extirpation qui est, disent-ils, dangereuse et inutile.

MM. Mauclaire et Fredet nous ont répondu qu'à Paris ils ne voyaient guère d'adénites inguinales non tuberculeuses et non vénériennes.

M. Fredet pense néanmoins qu'il est facile d'enlever les adénites inguinales tuberculeuses

M. Thiéry, tout en se déclarant contre l'énucléation, pense que l'opération n'est pas très difficile, mais il lui reproche de « donner une cicatrice toujours désagréable et préfère la simplicité à la rapidité de la guérison ».

Enfin, MM. Schwartz et Routier sont tout à fait partisans de l'extirpation des adénites inguinales inflammatoires. Elle abrège, disent-ils, la durée de la maladie. D'autre part l'opération, pense M. Routier, est assez facile lorsque la honteuse et la tégumentaire ont été liées.

M. Schwartz s'est d'ailleurs occupé de cette question il y a quelques années et a publié une clinique sur ce sujet (Revue générale de clinique et de thérapeutique, p. 397, 1891).

Il est d'avis que l'ablation est parfois rendue difficile par les adhérences ; mais, dit-il, on en vient toujours à bout avec de la patience et de la prudence. Il a pratiqué bien souvent l'énucléation et n'a jamais eu d'accidents graves opératoires.

OBSERVATIONS [1]

Observation I

B. F..., 36 ans.

Début de la maladie, 1 mois avant son entrée à l'hôpital ; sans cause appréciable a vu apparaître une adénite inguinale droite qui a subi une évolution progressive. Le jour de son entrée à l'hôpital on constate trois ou quatre ganglions allongés suivant le pli de l'aine, peu mobiles, adhérents à la peau, néanmoins ne présentant pas de fluctuation.

Opéré le 24 janvier. Extirpation d'une volumineuse masse ganglionnaire. Bien que les petits abcès dont est infiltrée cette masse n'aient pas été ouverts, on établit un drainage par la partie externe de l'incision (Il n'a pas été réséqué de peau, mais le bord de la lèvre supérieure qui était mince se sphacèle sur une très petite étendue les jours suivants.) Tamponnement et pansement.

Le 1er février, il s'est produit un sphacèle peu étendu de la lèvre

---

(1) Toutes nos observations sont dues à l'obligeance de notre maître, M. le professeur Imbert.

supérieure de la plaie, ce qui a retardé un peu la cicatrisation. D'autre part, sous l'angle interne de la plaie il existe une petite tuméfaction douloureuse qui pourrait être un ganglion oublié.

Le 10 février, la petite tuméfaction tend à diminuer, mais la plaie est assez largement désunie.

Le 23 février, la cicatrisation progresse rapidement.

Le 28 février, elle sort de l'hôpital, presque complètement cicatrisée.

Observation II

P... J..., journalier, 45 ans.

Ce malade entre à l'hôpital le 9 janvier 1906 pour une tuméfaction de l'aine gauche. Cette tuméfaction a débuté 50 jours auparavant et s'est accrue progressivement. On diagnostique une adénite suppurée adhérente profondément. Cependant il n'y a pas traces de porte d'entrée sur les membres inférieurs, pas plus que sur les organes génitaux.

Le 12 janvier, intervention. Une première incision ovalaire réséque la peau adhérente aux ganglions supérieurs ; une deuxième incision prolonge la première vers le bas, et permet d'extirper d'autres ganglions. On fait une réunion complète en laissant un drain à la partie inférieure de la plaie. Contrairement à ce que l'on aurait cru, la plupart des ganglions présentaient des points multiples de ramollissement suppuré. Mais aucun n'offrait de caséification.

Le 26 janvier, la réunion est à peu près totale, sauf le trajet du drain qui a été enlevé 5 jours après l'opération.

Le 1er février, la réunion est complète. Le malade commence à se lever, et le 11 février 1906 il sort de l'hôpital, guéri.

Observation III

H... A..., journalier, 33 ans.

Ce malade, atteint d'une blennorragie depuis 25 à 30 jours, vit apparaître au niveau du pli inguinal droit une petite tumeur qui atteignit rapidement le volume d'un petit œuf, dimension qu'elle présentait le jour de l'entrée à l'hôpital 27 janvier. La tumeur était rouge au niveau de son sommet, peu douloureuse, mobile sur le plan profond, mais adhérente à la peau. On percevait de la fluctuation. Vu l'absence de plaie du membre inférieur, on conclut à un adénophlegmon de l'aine d'origine blennorragique.

Le 29 janvier, le foyer purulent est incisé et drainé.

Le 10 février, l'incision demeure fistuleuse et il existe au-dessous un gros paquet ganglionnaire.

Le 13 février, l'extirpation est effectuée. Il existe deux ou trois ganglions suppurés superficiels. L'un d'eux pénètre dans la gaîne des vaisseaux, mais n'est pas suppuré. Il est extirpé avec les autres et des drains sont placés aux deux extrémités de la plaie qui est suturée.

Le 1er mars, la plaie est largement désunie et suppure abondamment ; sous sa lèvre inférieure existe une tuméfaction grosse comme une noix douloureuse et paraissant être due à un nouveau ganglion atteint.

Le 8 mars, cette tuméfaction a notablement diminué.

Le 17 mars, la plaie est presque complètement cicatrisée et le malade sort guéri le 23 mars.

Observation IV

C. F., 32 ans.

Il y a un mois, l'affection a débuté par une petite tuméfaction au niveau de l'aine gauche et s'est accrue progressivement. La cause de l'adénite reste ignorée. Au niveau de la verge, le malade présente bien quelques petites ulcérations, mais elles sont postérieures à la glande. A son entrée, le 12 février 1906, on constate une adénite de l'aine gauche de la grosseur d'une noix. La peau est rouge et présente une éruption pustuleuse due à des applications récentes d'onguent mercuriel. A la palpation on ne sent pas de fluctuation, la région est empâtée et on ne peut arriver à délimiter nettement la tumeur. Le 23 février, on pratique l'extirpation. La dissection des ganglions est assez difficile. Plusieurs d'entre eux, largement suppurés, sont ouverts dans le champ opératoire.

Suture et drainage. Le drain est enlevé le 1er mars. Le 3 mars, la plaie est en bon état, mais ses lèvres se sphacèlent légèrement. Le 8 mars, la cicatrisation est presque complète. Le 24 mars, le malade complètement cicatrisé quitte l'hôpital.

Observation V

C... A..., 42 ans, matelot.

3 jours avant son entrée à l'hôpital, le malade a vu apparaître au niveau de l'aine gauche une tuméfaction insignifiante, qui a grossi peu à peu jusqu'à acquérir le volume d'une grosse noix. Cependant

on ne constate aucune porte d'entrée appréciable. La tumeur est devenue un peu douloureuse et s'est ramollie comme on le constate le jour de l'entrée à l'hôpital, le 23 février. L'extirpation est pratiquée le 28 février. On parvient à énucler les ganglions atteints sans ouverture du foyer suppuré. Suture totale sans drainage. A la coupe, les ganglions extirpés présentent de nombreux points de suppuration. Le 28 février, la plaie est cicatrisée par première intention avec léger liseré de sphacèle.

10 mars. — La réunion s'est faite entièrement par première intention, mais le testicule se trouve fixé contre la partie interne de la cicatrice et le malade se plaint d'y éprouver des douleurs ; il est en somme en ectopie inguinale assez abaissable, mais reprend immédiatement sa position vicieuse. Le malade se plaint en outre d'éprouver des douleurs à la partie supérieure de la face interne de la cuisse.

Le 24 mars. — Le malade se lève depuis quelques jours, le testicule est sensiblement descendu et les douleurs sont moins accentuées. La cicatrisation est du reste complète depuis longtemps. Le malade sort guéri le 30 mars.

Observation VI

J... P..., 23 ans, marin.

Entre le 1er avril pour un adénophlegmon de l'aine gauche. La maladie a débuté un mois auparavant par une légère tuméfaction, sans porte d'entrée appréciable, qui s'est accrue progressivement. A son entrée, le malade présente une tuméfaction de l'aine, du volume d'un petit œuf. La peau est rouge. Pas de fluctuation nette; à la palpation la tumeur paraît adhérente à la peau et au plan profond. Elle est diffuse et difficile à délimiter. Le 28 mars, on pratique l'extirpation complète après incision ovalaire. On enlève deux ou

trois petits ganglions profonds occupant la gaîne des vaisseaux. Les autres ganglions enlevés présentent tous des points de suppuration plus ou moins nombreux. Néanmoins aucun deux n'est ouvert dans le champ opératoire qui n'est souillé par aucune goutte de pus. On suture sans drainage. Le 5 mai, on constate une réunion par première intention ; mais la région obturatrice est fortement boursouflée. Désunion sur 2 centimètres environ. Il sort de la plaie une quantité abondante (300 gram. environ) de liquide séreux jaune clair légèrement teinté de sang, nullement infecté.

18 mai. — La cicatrisation s'est produite sans aucune espèce d'infection.

20 mai. — Le malade sort de l'hôpital, guéri.

Observation VII

B. A..., 34 ans, marin.

Le 7 février, a eu une adénite de l'aine droite qui a été incisée à Sidney, le 26 février. Il continue à suppurer et entre à l'Hôtel-Dieu le 8 mai 1909.

A son entrée, on constate au niveau de l'aine droite une ulcération assez large, irrégulière, à contours polycycliques.

Le 1er juin, la cicatrisation progresse, mais très lentement.

Le 12 juin, la cicatrisation se faisant trop lentement, on pratique l'excision de l'ulcère et de la mince masse ganglionnaire sous-jacente.

Suture. Drainage externe.

16 juin. — Ablation des drains.

9 juillet. — Cicatrisation complète.

12 juillet. — Le malade sort guéri.

Observation VIII

B... J., 18 ans, employé.

En octobre 1906, ce malade s'était blessé à la face interne de la cuisse droite avec une scie ; 15 jours après il vit apparaître au niveau de l'aine droite une tuméfaction qui progressant peu à peu atteignait le 21 novembre, jour de l'entrée du malade à l'hôpital, le volume d'une noix. La peau est rouge, adhérente aux ganglions sous-jacents. On perçoit de la fluctuation. Le 23 novembre, on fait une incision au niveau du point le plus surélevé de la tuméfaction. On ouvre ainsi un petit ganglion suppuré dont le pus est très épais. On draine à la gaze et on fait un pansement humide. Le 1er décembre la tuméfaction est du volume du poing et n'a pas de tendance à diminuer. On pratique alors sous chloroforme l'extirpation de la masse ganglionnaire qui est toute entière sus-aponévrotique. On est obligé d'enlever un long segment de peau. La masse enlevée est composée de 3 ou 4 ganglions dont 2 seulement présentaient des abcès d'un volume supérieur à celui d'une noisette. Les autres sont infiltrés de petits abcès et leur tissu est considérablement ramolli. Sutures et drainage.

10 décembre. — La cicatrisation se produit régulièrement, mais quelques fils de suture trop serrés ont sectionné la peau.

22 décembre. — Il est presque complètement cicatrisé. Le malade sort le 26 décembre incomplètement cicatrisé, mais en bon état.

Observation IX

G. E.., 40 ans, mouleur.

Le malade entre le 2 octobre 1905 avec une adénophlegmon de l'aine gauche qui a, dit-il, débuté 15 jours auparavant sans cause appréciable. La tuméfaction est fluctuante, la peau rouge est amincie ; on fait une simple incision. Malgré cela le gonflement de la région ne diminue pas, l'incision demeure fistuleuse ; la peau est violacée et au-dessous d'elle on perçoit une masse douloureuse du volume d'un œuf adhérente à la peau et au plan profond. On fait une incision allongée dans le sens du pli de l'aine avec résection de la région où était l'incision primitive ; mais en ce point la peau est laissée adhérente à la tumeur. Dissection de la masse.

On extrait d'abord : 1° un bloc de 4 ganglions superficiels du volume d'une grosse noix ; 2° un 2e ganglion gros comme une amande situé à 3 ou 4 centimètres plus bas et nettement isolé de la masse précédente, également superficiel ; 3° cela fait, on s'aperçoit que sous l'aponévrose, en dedans de la veine, se trouve un autre ganglion gros comme une amande ; on ouvre la gaîne et on extrait ce ganglion sans difficulté. Cela fait, la région est absolument nette et on ne sent pas d'autre ganglion.

Au cours de l'opération une pince de précaution a été appliquée sur la saphène interne ; mais on a pu l'enlever ensuite sans ligature ; suture incomplète, drainage. La première masse renferme 4 ganglions. Le premier comme une noix est celui qui a été incisé primitivement. Mais la cavité de l'abcès ainsi ouverte est insignifiante par rapport à la masse du ganglion ; lorsqu'on ouvre ce dernier, on la trouve farcie de points de suppuration ; 2 ou 3 sont gros comme un pois et sont de vrais petits abcès ; tous les autres sont minuscules, mais la pression en fait sourdre du pus. Ils sont sans aucune

communication avec le foyer primitif. On constate assez nettement, comme dans les autres ganglions du reste, que les abcès miliaires sont surtout nombreux dans la substance médullaire et vers le hile. Les 3 autres ganglions appartenant à cette masse, tout en étant bien moins volumineux, sont tous également infiltrés en abondance de points de suppuration miliaire ; dans deux d'entre eux on trouve un véritable abcès gros comme un pois. Le deuxième ganglion présente absolument le même caractère, avec également deux petits abcès. Le troisième ganglion (celui de la gaîne) n'offre pas de petits abcès, mais une série de petits points par où sort une goutte de pus. Les jours suivants, le malade fait une complication pulmonaire avec souffle, crachats sanguinolents, et on l'envoie en médecine d'où il est sorti complètement guéri.

Observation X

D... L., 25 ans, charretier.

Entré le 12 juin 1906. Ce malade se plaint d'avoir eu un an auparavant de la fréquence des mictions qui est devenue de plus en plus grande. Malgré cela, on ne constate pas d'amaigrissement ; l'appétit est conservé, mais, 8 jours avant son entrée à l'hôpital, il a vu apparaître au niveau de l'aine gauche une petite tuméfaction douloureuse qui a légèrement augmenté de volume. Le jour de son entrée, à l'examen, on constate un chancre de la verge et une adénopathie inguinale volumineuse, au niveau de laquelle la peau est rouge. Le palper est douloureux et ne montre pas de fluctuation.

Le 22 juin, on fait l'énucléation des ganglions malades. On en trouve 4 ou 5 qui forment en tout une masse aussi volumineuse que le poing. Aucun ganglion n'ayant été ouvert dans la plaie, on fait une suture totale. A la coupe on constate que le plus grand nombre des ganglions sont infectés d'abcès miliaires.

Le 30 juin, la cicatrisation est complète sans infection. Le malade sort le 7 juillet en conservant ses troubles urinaires probablement dus à la neurasthénie.

Durant tout son séjour, il n'a pas eu de fièvre.

Observation XI

B... A..., 28 ans, servant.

Entre à l'hôpital le 2 octobre 1906 pour un adénophlegmon de l'aine droite paraissant très largement suppuré. Deux mois auparavant il a eu une plaie du pied, actuellement cicatrisée. D'autre part il a aussi une blennorragie datant de 25 jours. Opéré le 26 octobre 1906. La ponction et l'incision du bubon ayant été faite quelques jours auparavant à deux reprises, les lèvres de la plaie se sont recollées et la collection s'est reconstituée. On décide de faire l'extirpation : dissection assez laborieuse, extirpation de deux ganglions, le superficiel légèrement abcédé, le profond adhérent à lui présente de nombreux abcès miliaires. L'un et l'autre sont extirpés en bloc sans être ouverts dans la plaie ; suture sans drainage.

Le 31 octobre, premier pansement, on débride légèrement ; il s'écoule 50 grammes environ de liquide clair, vraisemblablement d'origine lymphatique.

Le 2 novembre, on refait le pansement ; les bords de la plaie sont rouges, on débride et on constate une nouvelle issue de liquide lymphatique (30 cent. cubes), on draine.

4 novembre. — Suppuration assez abondante.

9 novembre. — Un peu de lymphangite autour de la plaie ; la température s'est un peu élevée. Le malade va en médecine pour un embarras gastrique fébrile. Il revient en bonne voie de cicatrisation, et sort complètement guéri le 26 novembre 1906.

Observation XII

L... G..., journalière, 35 ans.

On lui a réséqué 6 mois avant son entrée à l'hôpital des varices du vagin. A la suite de cette intervention elle a eu de la lymphangite le long du pli de l'aine gauche et une tuméfaction inguinale qui a grossi peu à peu. A son entrée à l'hôpital on constate une adénite du volume d'une grosse noix,adhérente à la peau et au plan profond. A son niveau la peau est *ulcérée*.

Le 13 octobre, on pratique l'extirpation totale, un drain est établi à la partie externe de l'incision.

Le 16 octobre, on fait un premier pansement. La plaie va bien.

Le 24 octobre, suppuration assez abondante. Le drain est enlevé.

Sortie le 8 novembre, la plaie est complètement cicatrisée.

La malade rentre de nouveau le 6 décembre 1909. Le trajet du drain est devenu fistuleux. La peau est épaissie à ce niveau. La région est rouge et irritée.

9 janvier 1907. — Intervention, incision et grattage de la fistule. Pas de suture.

26 janvier. — La plaie est devenue épithéliomateuse.

Le malade sort de l'hôpital.

Observation XIII

A. M..., 29 ans, entrée à l'hôpital le 9 juillet 1907. Cette malade raconte qu'elle a vu tout d'abord apparaître 15 jours auparavant une petite tuméfaction au niveau de l'aine droite avec phénomènes douloureux assez intense pour rendre la marche très pénible. La

tuméfaction a augmenté de volume, la grande lèvre droite s'est œdématiée et le jour de son entrée elle présenté au niveau de l'aine droite une tuméfaction en placard induré d'une surface égale à une petite paume de main. La peau est rouge, adhérente ; néanmoins on ne perçoit pas de fluctuation. De plus, la grande lèvre droite est très œdématiée.

Le 16 juillet 1907, on pratique la dissection et l'extirpation de la masse inguinale ganglionnaire ; à cause des adhérences il est impossible de l'enlever sans l'ouvrir, et le pus se répand sur le champ opératoire. On suture et on draine par transfixion de la lèvre inférieure de la plaie.

Le 17 juillet, premier pansement. La suppuration n'est pas trop abondante. La malade sort le 1er septembre 1907, presque complètement guérie. Il persiste un écoulement de liquide séreux.

Revue le 13 octobre, cet écoulement est tari et la cicatrisation est complète.

Observation XIV

B... A., journalier, 35 ans.

Entré le 24 juillet 1908, le malade dit que l'affection a débuté 8 jours auparavant. A la suite d'une petite ulcération du gland actuellement sans caractère bien définis, presque cicatrisée, une petite tuméfaction est apparue au niveau de l'aine droite. Elle s'est accrue peu à peu et le jour de son entrée à l'hôpital elle est de la grosseur d'une noix allongée transversalement, non fluctuante, adhérente à la peau et au plan profond, néanmoins peu douloureuse. Le 4 août, on pratique l'extirpation de la masse ganglionnaire. Pendant l'opération un des ganglions se rompt et répand son pus dans la plaie : Suture et drainage. Le 7 août, le drain est supprimé, les fils ont bien tenu.

13 août. — Désunion assez large à la partie moyenne de la plaie. La cicatrisation est complète le 8 septembre et le malade quitte l'hôpital.

Observation XV

R... V., 19 ans, journalier.

Convalescent de fièvre typhoïde, entre à la salle Cauvière le 22 juillet 1908, pour une adénite inguinale qui a débuté, dit-il, 15 jours avant sa fièvre typhoïde, par conséquent datant de 1 mois 1/2 environ. Pas de porte d'entrée appréciable : on constate un ganglion inguinal gauche fluctuant nettement suppuré, adhérent à la peau qui est rouge. Opération le 28 juillet, extirpation de la masse ganglionnaire sans effraction du pus, un peu adhérent au niveau de la veine fémorale. Suture sans drainage.

7 août. — Cicatrisation satisfaisante.

13 août. — Cicatrisation complète.

27 août. — Le malade quitte l'hôpital.

Observation XVI

N. J. B., 40 ans, tapissier.

La maladie a débuté le 11 octobre par une adénite inguinale gauche incisée deux fois à dix jours d'intervalle à Alger. Le jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 4 décembre, le malade présente à l'inspection deux fistules purulentes de l'aine gauche reposant sur

une base indurée. Il s'agit de fistules ganglionnaires. Le 8 décembre, les masses sont extirpées en totalité par une incision en croix rendue nécessaire par les décollements antérieurs. Réunion imparfaite.

Le 18 décembre cicatrisation régulière ; suppuration, peu abondante. Ablation des fils.

4 janvier 1909. — Cicatrisation presque complète.

15 janvier. — Le malade sort guéri.

Observation XVII

C. F., 28 ans, homme d'équipe.

Entré le 16 décembre 1908, le malade a remarqué, un mois avant son entrée, l'apparition d'une petite tuméfaction de l'aine gauche sans porte d'entrée appréciable. Elle s'est accrue progressivement sans phénomènes bien douloureux. Le jour de son entrée la tuméfaction, grosse comme une noix, est adhérente à la peau et au plan profond ; on ne sent pas de fluctuation, mais une induration diffuse. Opéré le 18 décembre. Extirpation large de la masse ganglionnaire suppurée. Adhérence au niveau de la saphène qui est liée et sectionnée. Suture sauf à la partie médiane de la ligne d'incision. Un ganglion suppuré a été ouvert dans la plaie.

4 janvier 1909. — Cicatrisation complète. Sous la lèvre inférieure de la cicatrice semble persister un ganglion non extirpé, gros comme une noix.

5 janvier. — Le malade sort guéri.

Observation XVIII

J. V., 39 ans, journalier.

Entré le 28 décembre 1908, à la suite d'un effort. Un an et demi avant son entrée à l'hôpital, s'est fait une hernie inguino-scrotale gauche; contention satisfaisante par un bandage ; 20 jours avant son entrée, apparition d'une adénite inguinale à côté de la hernie qui subit un accroissement progressif. Le jour de son entrée à l'hopital, la région inguino-crurale est le siège d'une tumeur allongée du volume d'un œuf de poule, bosselée, en partie sonore, molle et dépressible en certains points. Elle est rouge et chaude.

8 janvier. — Extirpation complète d'une énorme masse ganglionnaire. Plusieurs ganglions suppurés. Incision ovulaire. Dissection et isolement des plans profonds ; suture de la plaie sauf à la partie moyenne. Les premiers jours après l'intervention, abondant écoulement de lymphe limpide qui se tarit ensuite.

Le 39 janvier, cicatrisation très avancée, mais il s'est produit un petit caillot blanc de lymphe. Lorsqu'on l'arrache, il se produit pendant quelques heures un nouvel écoulement lymphatique.

Le blessé sort en voie de guérison, le 31 janvier 1909.

Observation XIX

M... A., 48 ans, cuisinière.

En octobre 1907, apparition d'une adénite inguinale droite sans cause appréciable qui s'accroît progressivement et s'ouvre spontanément le 21 décembre 1907. Ecoulement d'un liquide séro-purulent en quantité assez abondante. L'écoulement continue très abondant. Le jour de son entrée à l'hôpital, 18 février 1908, on constate une longue plaque inflammatoire percée de plusieurs orifices et présentant une ulcération de 2 centimètres environ, anfractueuse, à bords violacés. On constate aussi à gauche une fistule suintante au milieu de 3 à 4 ganglions inguinaux.

Opération le 21 février. — A gauche le paquet ganglionnaire est facilement extirpé en masse. A droite il est largement circonscrit par une incision elliptique. Un premier plan de ganglions sous-cutanés est enlevé. On arrive ainsi sur une tumeur du volume d'une grosse noix entièrement recouverte par l'aponévrose du grand oblique qu'il faut fendre largement. Noyée dans un bloc d'adhérences extrêmement serrées, la tumeur est reconnue à l'incision. C'est un volumineux ganglion suppuré situé sous la paroi abdominale à l'orifice du canal inguinal, sans limites bien nettes, impossible à cliver ; il est disséqué en dedans jusqu'au péritoine pariétal : en arrière et en dehors jusqu'à l'émergence de l'iliaque externe qu'il recouvre en partie ; en haut jusqu'à l'épigastrique qui lui est intimement adhérente et doit être liée pour permettre l'extirpation. Le canal crural est le siège d'un trajet fistuleux plongeant vers les vaisseaux et impossible à disséquer : Curettage de ce trajet. Drainage. Suture.

28 février. — Suppuration modérée. Ablation des fils.

23 mars. — Plaque d'érésypèle étendue à toute la fesse droite.

9 avril. — L'érésypèle est guérie. On trouve depuis quelques jours un foyer fluctuant au-dessous de la cicatrice. La plaie opératoire est encore loin d'être cicatrisée.

7 avril. — Ouverture d'un foyer fluctuant au-dessous du pli de l'aine. Drainage, pansements humides. Sort en voie de guérison le 11 mai 1908. Revue un mois après complètement guérie.

CONCLUSIONS

L'adénite inguinale inflammatoire, de cause banale, affecte bien souvent une durée très prolongée. La suppuration débute sous forme de petits foyers multiples qu'il est matériellement impossible d'inciser tous, le curettage des ganglions étant le complément obligé de l'incision. Ces foyers vont mûrir et former, soit dans le même ganglion, soit dans les ganglions voisins, toute une succession de collections purulentes évoluant les unes après les autres. L'extirpation des ganglions supprime cette marche par étapes successives et abrège considérablement la durée de la maladie. C'est l'impression que nous ont laissée les nombreuses extirpations de ganglions inguinaux faites par M. le professeur Imbert, lorsque nous étions interne dans son service. Cette opération radicale nous paraît indiquée dans toutes les variétés d'adénite inflammatoire, lorsque ce ganglion a pris ce caractère diffus et adhérent qui en indique la suppuration profonde, bien avant l'apparition de la fluctuation.

Cependant nous sommes d'avis d'attendre en présence d'un petit ganglion mobile non douloureux, à peine sensible à la palpation, susceptible de se résorber spontané-

ment. De même on ne doit pas songer à extirper ces vieilles adénites où le pus a rompu la coque ganglionnaire et s'est répandu dans les tissus voisins. L'extirpation totale est alors impossible et l'on doit se contenter d'un curettage.

Enfin, inutile d'enlever des ganglions suppurés chez un mourant, un cancéreux ou un tuberculeux cachectique, un cardiaque en asytolie ; sauf ces circonstances exceptionnelles, nous sommes d'avis qu'il faut extirper toutes les adénites inguinales inflammatoires.

Nous n'insisterons pas sur la technique opératoire. Nous rappellerons seulement que l'incision cutanée doit être parallèle à l'arcade crurale, que la dissection doit être pratiquée avec les doigts, les ciseaux mousses et la sonde cannelée, au delà de la zone de périadénite, enfin que le drain doit être placée à la partie moyenne de la plaie suturée à ses deux extrémités.

Le voisinage de la veine fémorale ne doit pas faire reculer un chirurgien prudent, connaissant parfaitement les rapports anatomiques de la région et le manuel opératoire. La blessure de ce vaisseau s'observe de moins en moins avec les progrès de la technique chirurgicale. Nous ne l'avons jamais constatée dans les ablations de ganglions inguinaux pratiquées par M. le professeur Imbert. M. Schwartz n'a jamais eu à déplorer cet accident, pas plus que M. Batut, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Marseille. Quant aux suites opératoires, on obtient souvent la réunion par première intention, si le ganglion n'a pas été ouvert. Si le pus se répand dans la plaie, la réunion par seconde intention donnera néanmoins une guérison plus rapide que les incisions répétées.

Les fistules lymphatiques s'observent bien plus rare-

ment après l'extirpation qu'après les incisions simples avec drainage. En tout cas, elles guérissent au bout d'une vingtaine de jours.

Les œdèmes éléphantiasiques des organes génitaux externes et du membre inférieur signalés comme consécutifs à l'extirpation des ganglions sont dus à l'oblitération des voies lymphatiques par le processus inflammatoire et non à l'intervention radicale.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 23 Juin 1909.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 23 Juin 1909.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Armstrong (J.-T.). — Extirpation of inguinal glands. Med. News. Phila., 1886, p. 682.

Audry et Durand. — Sur le bubon et son traitement de l'extirpation des adénites suppurées de l'aine. Gaz. hebdomad. de méd. et de chir. Paris, 1896, p. 709-713.

Brault (J.). — Adénite inguino-crurale subaiguë d'origine infectieuse banale. Semaine médicale, Paris, 1896, p. 391.

Broca. — Adénite et lymphangite tuberculeuse. Rev. gén. de clin. et de thérap. Paris, 1906, p. 417.

Broese van Groenen (G.). — Du traitement des bubons suppurés. Rev. prat. mal. cutanées. Paris, 1906, p. 142-148.

Brault. — Traitement des adénites inguinales à forme aiguë et subaiguë. Lyon médical, 1894, p. 287-330.

Brouardel (Georges). — Elephantiasis des organes génitaux externes consécutifs à l'ablation des ganglions inguinaux. Soc. franç. de dermat. et de syphil. Paris, 1896.

Bezançon (F.) et Labbé (M.). — Recherches sur la structure des ganglions lymphatiques. Bull. Soc. anat. Paris, 1898, p. 406-425.

Beaumetz (D.). — Note sur le traitement chirurgical des bubons suppurés. Recueil de mém. de méd. milit. Paris, 1862, 3, 198, 200.

Boulongue. — Du traitement des adénites inguinales consécutives aux maladies vénériennes et spécialement du traitement par l'énucléation des adénites inguinales hypertrophiques. Recueil de mém. de méd. milit. Paris, 1867, 3 S. XIX, 306-321.

Batut. — De l'extirpation des ganglions de l'aine et de l'aisselle. Bulletin de la Soc. méd.-chir. de la Drôme et de l'Ardèche. Séance du 10 mai 1903.

— Des adénites vénériennes et des adénites tuberculeuses ; leur traitement. Journ. des mal. cut. et syph., 1904, p. 561-590.

Brodier (H.). — Maladies des lymphatiques (adénites). Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, 2e éd., t. XII. Paris, 1909.

Chavanne. — Les adénites subaiguës de l'aine. Thèse de Lyon, 1902.

Curtis (B.-F.). — Excision of a bubo. Med. News Phila., 1890, p. 438.

Dechambre. — Art. Bubon. Dict. encyclop. sciences médicales.

Dowd. — Surgical diseases of the lymphatics. American Pract. Surgery. Bryant et Buckl, N. Y., 1907, p. 525-578.

Eckert (Hans).— Zur Therapie des Bubo inguinalis. Inaug. Dissert. Berlin, 1897.

Feigl. — Eine neue Methode der Bubonen behandlung. München med. Wchnschr., 1907, p. 1819.

Forgue et Reclus. — Traité de thérapeutique chirurgicale.

Guyon. — Art. Aine (Anatomie). Dict. encycl. sciences médic. Paris.

Gosset (A.). — Technique de l'extirpation des adénites inguinales. Journ. de chir., février 1909.

Guérin (L.-M.-E.). — Contribution à l'étude de l'adénite inguinale d'emblée dans les pays chauds. Thèse de Bordeaux, 1887-1888, n° 84.

Hardoin B.). — Adénopathie inguinale gauche datant de 4 ans. Bull. et Mém. Soc. anat. Paris, 1908, p. 84.

Heath. — Concerning the treatment of bubon by extirpation of the glands. Buffalo med. and surg. Journ. 1887-1888, 205-210.

Hermann E. . — Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Bubonen. Pest med. Chir. Presse Budapest, 1904, p. 573-597.

Huguet. — Les adénites inguinales suppurées et leur traitement chirurgical. Arch. génér. de méd. de Paris, 1897, II, p. 162-293.

Jack W.-A. . — The radical treatment of inguinal adenitis. Wash. N. Ann., 1907-1908, p. 162-166.

Jenssen F. . — Ein Beitrag zur behandlung der inguinal Bubonen. Arch. für Dermat. u. Syph. Wien. u. Leipzig, 1908, 97-110.

Lop. — Sur une variété d'adénite inguinale subaiguë paraissant spéciale aux marins venant des Indes néerlandaises, leur traitement. Gaz. Hôp., Paris 1907, 113.

Lejars. — Le bubon strumeux de l'aine. Leçons de chirurgie. La Pitié, 1893-1894, p. 200.

— Lymphatiques, article Bubon. Reclus, Traité de chirurgie, t. I^er.

Lastaria G. . — Sulla cura delle adenite inguinali suppuranti e su la possibilita d'ottenere la guarigione per prima intenzione Gior. med. del R. ezerc e della R. Marina, 1894. Roma, 129-157.

L'Hardy E. . — De l'adénite subaiguë simple de l'aine à foyers purulents intra-ganglionnaires. Thèse de Paris, 1895.

Lassalle. — Du traitement du bubon suppuré. Montpellier médical, 1890, 324-375.

Maubrac. — Plaies de la veine fémorale. Archives générales de médecine, 1888.

Marion et Gandy. — L'adénite subaiguë de l'aine à foyers purulents intra-ganglionnaires prétendue simple. Archives générales de médecine, Paris 1901, I, p. 129-172.

Mermet. — Œdème éléphantiasique du scrotum et du membre inférieur gauche consécutif à un bubon blenno-strumeux.

Annales des mal. des organes génito-urinaires, sept. 1899, n° 9, p. 693.

Mac Donnold (P.-E.). — Another view of the radical operation for inguinal adenites from a navy stand point. J. Ass. Mil. Surg. U. S. Carlisle Pa., 1904, XIV, 316.

Nélaton. — De l'adénite subaiguë simple à foyers purulents intra-ganglionnaires. Semaine médicale, Paris 1890, p. 402.

Otis. — Traitement des bubons suppurés. Revue de médecine de de chir. et d'obst., 5 juillet 1893, n° 27.

Parlavecchio (Q.). — Di un methodo plastico per l'asportazione radicale delle adeniti inguinocrurali ipertrophici. Considerazionne istologische e cliniche sur 67 casi operati. Bull. d. Soc. Lancisiana d'Osp. di Roma, 1899, XIX, 119-208.

Pousson (A.). — Note sur l'extirpation des adénites vénériennes suppurées de l'aine. Annales des mal. des organes génito-urinaires. Paris 1903, p. 448.

— Traitement des adénites vénériennes suppurées par l'extirpation. Mém. et Bull. Soc. de chir. de Bordeaux, 1902, p. 513.

Pinaud. — Contribution à l'étude du bubon d'emblée des pays chauds. Thèse de Bordeaux, 1908.

Pigeon et Tanton. — Contribution à l'étude d'une variété particulière d'adénite inguinale. Arch. génér. de Méd. Paris 1906, 76-125.

Poirier. — Traité d'anatomie.

Rothganger (Q.). — Treatment of inguinal adenitis. J. Ass-Milk Surgery. U. S. Carlisle, 1906, p. 107-109.

Schwartz. — Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1891, p. 397.

Stephan (J.). — Adénites intra-inguinales. Province médicale, avril 1907, p. 195.

Sutton. — A plea for early radical treatment in adenitis inguinalis. J. Ass. Mil. Surg. U. S. Carlisle Pa. 1904. XIV, 244-247.

Scaduto (de Palerme). — Contribution à l'étude du traitement chirurgical du bubon. Traduit de l'italien par le docteur E.

Legrain. Annales des mal. des org. génito-ur. Paris, 1903, p. 261-269.

Testut et Jacob. — Traité d'anatomie topographique avec applications méd.-chir. Paris 1906.

Tillaux. — Traité d'anatomie topographique. Paris 1897.

Testut. — Traité d'anatomie.

Yvinec (Ch.). — Contribution à l'étude du traitement du bubon. Thèse de Paris, 1892-93.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

DU TRAITEMENT

DES ADÉNITES INGUINALES

INFLAMMATOIRES

PAR L'EXTIRPATION

DU MÊME AUTEUR

Anévrysme artério-veineux de la partie supérieure de la cuisse (En collaboration avec M. le professeur Imbert. *Société de Chirurgie*, juillet 1907).

Hématosalpinx et rupture tubaire (En collaboration avec M. le professeur Imbert. *Société de Chirurgie*, novembre 1907).

Anévrysme artério-veineux de la cuisse. Intervention. Guérison (En collaboration avec M. le professeur Delanglade. *Société de Chirurgie*, mai 1908).